



БҰЙРЫҚ ПРИКАЗ

№ ҚР ДСМ-156

от 7 декабря 2022 года

Астана қаласы

город Астана

О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 августа 2021 года № ҚР ДСМ-92 «Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 августа 2021 года № ҚР ДСМ-92 «Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 24131) следующие изменения и дополнения:

в стандарте организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан, утвержденном приложением 1 к указанному приказу:

пункты 2 и 3 изложить в следующей редакции:

«2. Определения, используемые в настоящем Стандарте:

1) акушерско-гинекологическая помощь – комплекс медицинских услуг, оказываемых женщинам при беременности, родах, после родов, гинекологических заболеваниях, при профилактическом наблюдении, а также мероприятия по охране репродуктивного здоровья женщин и планированию семьи;

2) фонд социального медицинского страхования (далее – ФСМС) – некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан;

3) универсально-прогрессивная модель – это модель патронажного наблюдения на дому беременных, новорожденных и детей раннего возраста, у которых были выявлены риски медицинского или социального характера, представляющие угрозу для их жизни, здоровья, развития и безопасности;

4) активное посещение – посещение больного на дому врачом и (или) средним медицинским работником по инициативе врача, а также после передачи сведений в организации первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) из медицинских организаций (далее – МО), оказывающих стационарную помощь о выписанных больных, из организаций скорой помощи после обслуживания вызова к пациентам, нуждающимся в активном осмотре медицинским работником;

5) родоразрешение – естественное или искусственное (инструментальное, ручным способом, медикаментозное) завершение родового акта;

6) анализ материнских сывороточных маркеров первого триместра – исследование крови матери для выявления у плода риска развития хромосомной патологии – синдрома Дауна, синдрома Эдвардса, синдрома Патау, синдрома Тернера;

7) комбинированный тест первого триместра – расчет индивидуального генетического риска хромосомной патологии плода, основанный на измерении ультразвуковых маркеров хромосомной патологии и определения материнских сывороточных маркеров (далее – МСМ) первого триместра;

8) сертификат специалиста в области здравоохранения – документ установленного образца, подтверждающий квалификацию физического лица и его готовность к профессиональной деятельности в области здравоохранения, включая готовность к клинической или фармацевтической практике, или деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

9) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – центральный исполнительный орган, осуществляющий руководство и межотраслевую координацию в области охраны здоровья граждан Республики Казахстан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарноэпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств и медицинских изделий, качества оказания медицинских услуг (помощи);

10) технология здравоохранения – применение знаний и навыков, которые используются для укрепления здоровья, профилактики, диагностики, лечения болезни, реабилитации пациентов и оказания паллиативной медицинской помощи, включая вакцины, лекарственные препараты и медицинские изделия, процедуры, манипуляции, операции, скрининговые, профилактические программы, в том числе информационные системы;

11) динамическое наблюдение – систематическое наблюдение за состоянием здоровья пациента, а также оказание необходимой медицинской помощи по результатам данного наблюдения;

12) лечение – комплекс медицинских услуг, направленных на устранение, приостановление и (или) облегчение течения заболевания, а также предупреждение его прогрессирования;

13) лечащий врач – врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации;

14) искусственное прерывание беременности – прерывание беременности до сроков жизнеспособности плода с использованием медикаментозных или хирургических методов, проводимое медицинскими работниками, имеющими высшее медицинское образование соответствующего профиля;

15) инвазивная пренатальная диагностика (далее – ИПД) – методы диагностики хромосомной и моногенной патологии у плода, осуществляемые путем внутриматочного прокола с забором материала плодового происхождения для цитогенетического, молекулярно-цитогенетического или молекулярногенетического анализа;

16) инвазивные методы – методы диагностики и лечения, осуществляемые путем проникновения во внутреннюю среду организма человека;

17) клинический протокол – научно доказанные рекомендации по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи при определенном заболевании или состоянии пациента;

18) консилиум – исследование лица в целях установления диагноза, определения тактики лечения и прогноза заболевания с участием не менее трех врачей;

19) контрацепция – методы и средства предупреждения нежелательной беременности;

20) медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение и восстановление здоровья населения, включая лекарственное обеспечение;

21) мультидисциплинарная группа – группа различных специалистов, формируемая в зависимости от характера нарушения функций и структур организма пациента, тяжести его клинического состояния;

22) патронаж – проведение медицинскими работниками профилактических и информационных мероприятий на дому (патронаж к новорожденному, патронаж к беременной, родильнице, диспансерному больному), патронажное наблюдение состоит из двух дородовых патронажей к беременной женщине (в сроки до 12 недель и 32 недели беременности);

23) пренатальный консилиум – консультация беременной женщины профильными специалистами для уточнения генетического диагноза внутриутробного плода, прогноза развития и дальнейшей жизни новорожденного, определения тактики дальнейшего ведения беременности, срока и места родоразрешения;

24) регионализация перинатальной помощи – распределение медицинских организаций в масштабах области по трем уровням оказания перинатальной помощи в стационарных условиях женщинам и новорожденным в соответствии со степенью риска течения беременности и родов;

25) пренатальный скрининг – массовое комплексное стандартизированное обследование беременных женщин с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития (далее – ВПР) внутриутробного плода с последующим уточнением генетического диагноза;

26) репродуктивное здоровье – здоровье человека, отражающее его способность к воспроизводству полноценного потомства;

27) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) – объем медицинской помощи, предоставляемой за счет бюджетных средств;

28) вспомогательные репродуктивные методы и технологии – методы лечения бесплодия (искусственная инсеминация, искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона), при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства);

29) живорождение и мертворождение плода – состояния новорожденного ребенка (плода), определяемые по соответствующим международным критериям Всемирной организации здравоохранения живорождения и мертворождения плода;

30) индивидуальная родильная палата – оборудованное помещение с санузлом для проведения родов для одной роженицы, в которой родильница с новорожденным находится до выписки из стационара;

31) партнерские роды – присутствие и участие в родах лиц по желанию роженицы с целью создания комфорта родов;

32) партограмма – таблица для записи информации о развитии родов и состоянии женщины и плода в родах, которая является ключевым инструментом для профилактики и лечения затяжных родов и их осложнений. Партограмма ведется в реальном времени на бумажных носителях и находится у кровати роженицы/родильницы в течении 24 часов с момента начала родовой деятельности;

33) прегравидарная подготовка – комплекс профилактических мероприятий, направленных на минимизацию рисков при реализации репродуктивной функции конкретной супружеской пары.

3. Медицинская помощь беременным, роженицам, родильницам и женщинам (в том числе с инвалидностью) вне беременности во всех возрастных группах в организациях здравоохранения предоставляется в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС), в рамках добровольного медицинского страхования в соответствии с Законом Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании»»; пункт 16 изложить в следующей редакции:

«16. При первом обращении женщины по поводу беременности и при желании ее сохранить, в соответствии с подпунктом 3) пункта 3 статьи 81 Кодекса, врач акушер-гинеколог после получения информированного согласия беременной женщины или ее законного представителя:

1) тщательно собирает анамнез, выясняет наличие у беременной и родственников социально-значимых заболеваний в соответствии с требованиями приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 сентября 2020 года № КР ДСМ -108/2020 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под №21263) и соматических заболеваний, многоплодной беременности, рождение детей с врожденными пороками развития и наследственными заболеваниями;

2) обращает внимание на перенесенные в детстве и в зрелом возрасте заболевания (соматические и гинекологические), операции, переливания крови и ее компонентов;

3) собирает эпидемиологический анамнез;

4) при сборе анамнеза выявляет беременных с факторами «риска» по врожденной и наследственной патологии для направления к врачу по специальности «Медицинская генетика» (без ультразвукового скрининга и анализа материнских сывороточных маркеров) по следующим показаниям:

возраст беременной женщины 37 лет и старше,

наличие в анамнезе случаев прерывания беременности по генетическим показаниям и (или) рождения ребенка с ВПР или хромосомной патологией,

наличие в анамнезе случаев рождения ребенка (или наличие родственников) с моногенным наследственным заболеванием, наличие

семейного носительства хромосомной или генной мутации,

наличие в анамнезе случаев мертворождения, привычного невынашивания, смерти одного и более ребенка с неясным и не установленным диагнозом, сцепленным с полом;

5) изучает особенности репродуктивной функции;

6) уточняет состояние здоровья супруга (партнера), группу крови и резус принадлежность;

7) изучает характер производства, где работают супруги (партнеры);

8) уточняет наличие вредных привычек, такие как: потребление табачных изделий, психоактивных веществ (алкоголь, наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги, другие одурманивающие вещества) или наличие пассивного курения;

9) проводит антропометрию: измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела, проводит общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез, осмотр ног с целью выявления варикозного расширения вен; осуществляет гинекологический осмотр шейки матки в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование;

10) после осмотра устанавливает срок беременности, осуществляет раннюю постановку на учет беременных до 10 недель в день обращения в медицинскую организацию и выявления беременности для своевременного обследования;

11) назначает первоначальный комплекс обязательного лабораторного обследования беременной: общий анализ крови, общий анализ мочи, группа крови и резус фактор, серологическое обследование на сифилис (забор крови на реакцию Вассермана), обследование на ВИЧ-инфекцию с предварительным дотестовым консультированием и получением информированного согласия на тестирование, обследование на специфические антигены и антитела гепатитов: гепатит В и С, определение глюкозы крови, исследование крови на материнские сывороточные маркеры в сроки с 11 недель 0 дней по 13 недель 6 дней беременности с первого дня последней менструации, при наличии показаний на инфекции, передаваемые половым путем, бактериологическое исследование средней порции мочи (бак посев мочи), бактериоскопия мазка из влагалища на степень чистоты, мазок на онкоцитологию, при наличии клинических показаний микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности к антибиотикам. Направляет супруга или полового партнера (партнеров) беременной женщины на обследование на наличие ВИЧ-инфекции однократно, при постановке беременной на учет, согласно приказу Министра здравоохранения Республики, Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ211/2020 «Об утверждении правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21692);

12) направляет беременную на проведение пренатального скрининга с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным аномалиям развития (порокам развития) внутриутробного плода;

на ультразвуковой скрининг в первом триместре в сроки беременности с 11 недель по 13 недель 6 дней беременности; направляет на анализ МСМ с расчетом индивидуального генетического

риска хромосомной патологии плода;

13) направляет беременных на функциональные обследования: электрокардиограмму (далее – ЭКГ), по показаниям эхокардиограмму (далее – ЭхоКГ), ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) почек;

14) направляет беременную на консультацию к стоматологу (экстренная и плановая стоматологическая помощь беременным оказывается в рамках ОСМС бесплатно) и по показаниям – к врачу отоларингологу;

15) изучает и использует возможность получения информации из регистра беременных и ЖФВ и из медицинских информационных систем о течении предыдущих беременностей, родов и ранее выявленных соматических заболеваниях;

16) обеспечивает персонифицированное ведение регистра беременных и ЖФВ с внесением в него всех данных проведенного осмотра, результатов лабораторно-диагностических исследований и консультаций;

17) данные опроса и обследования женщины, назначения врач акушергинеколог вносит в индивидуальную карту беременной и родильницы по форме № 077/у (далее – форма № 077/у), утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020, в бумажном и/или в электронном формате, и в обменную карту беременной и родильницы по форме № 048/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020 (далее – форма № 048/у), которая выдается беременной при первом посещении и находится у нее на руках в течение всей беременности до родов для предъявления по месту наблюдения, при проведении консультирования профильными специалистами МО всех форм собственности, при вызове бригады скорой медицинской помощи, во время активного патронажа медицинскими работниками, при обращении для оказания стационарозамещающей помощи, организации лечения на дому (стационар на дому), при обращении в приемнодиагностические отделения медицинских организаций оказывающих

круглосуточную медицинскую помощь в стационарных условиях;

18) проводит беседу об антенатальном уходе, рекомендует лечебнопрофилактические мероприятия в первом триместре: прием фолиевой кислоты 0,4 миллиграмм ежедневно в течении первого триместра;

19) дату следующего посещения назначает через 7-10 дней со дня постановки беременной на учет по беременности;

20) в день постановки беременной на учет по беременности передает данные на участок в виде записи в журнале регистрации беременных терапевтического участка; беременную направляет к терапевту, врачу общей практики и патронажной медсестре.

пункт 18 изложить в следующей редакции:

«18. В течение трех рабочих дней со дня постановки беременной на учет по беременности участковая медицинская сестра и (или) медицинский брат, акушерка и (или) акушер на основе универсально-прогрессивной модели патронажа проводит дородовой патронаж – универсальный пакет услуг для беременных в МО при оказании первичной медико-санитарной помощи.

Для выявления и снижения рисков медицинского или социального характера, угрожающих жизни, здоровью, развитию ребенка патронажное наблюдение на дому беременных, новорожденных проводится на основе универсально-прогрессивной модели.

При универсально-прогрессивной модели патронажа наряду с обязательными плановыми посещениями (универсальный подход), проводятся дополнительные патронажи по индивидуальному плану (прогрессивный подход) для беременных, новорожденных и детей, нуждающихся в особой поддержке, в связи с наличием медицинских или социальных рисков для жизни, здоровья или развития ребенка.»; пункт 23 изложить в следующей редакции:

«23. Врач акушер-гинеколог, как лечащий врач, оказывает акушерскогинекологическую помощь женщинам путем:

- 1) диспансерного наблюдения за беременными, формирования групп с факторами акушерского и перинатального риска с целью раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- 2) организации медицинской помощи беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным, независимо от их места жительства в случае их непосредственного обращения по экстренным показаниям;
- 3) обеспечения переоценки факторов риска при каждом посещении беременной с учетом данных проведенных осмотров и полученных результатов исследований;
- 4) соблюдения принципов перинатального ухода – индивидуальный подход и мультидисциплинарное ведение каждой беременной;
- 5) организации комиссионных мультидисциплинарных осмотров беременных женщин с факторами риска для определения дальнейшей тактики ведения беременной;
- 6) обеспечения обязательного трехкратного ультразвукового скрининга беременных с соблюдением сроков обследования;
- 7) осуществления контроля результатов пренатального скрининга и направления беременных женщин с факторами риска по результатам пренатального скрининга на медико-генетическое консультирование;
- 8) обеспечения обследования резус – принадлежность плода у резусотрицательных женщин в сроке с 9 недель по 13 недель молекулярно - генетическим методом исследования венозной крови; при выявлении резус-отрицательного фактора крови у плода дальнейшее обследование беременных женщин на наличие титра антител в крови и специфическая профилактика, введение антирезус Rho (D) иммуноглобулина не проводятся; при выявлении

резус-положительного фактора крови у плода, обеспечения обследования биологического отца ребенка на групповую и резус- принадлежность у резус-отрицательных женщин и проведение фенотипирования антигенного состава крови супружеской пары; при несовпадении антигенного состава крови беременной женщины и биологического отца ребенка обеспечивает обследование на наличие титра антител в крови независимо от паритета. При резус-положительной крови биологического отца ребенка и отсутствии резус-антител в крови беременной женщины, назначает введение иммуноглобулина человека антирезус Rho (D) в сроке 28-30 недель беременности однократно в дозе 250 микрограмм или

1250 Международных единиц (далее – МЕ);

после родов резус положительным ребенком каждой несенсибилизированной RhD – отрицательной женщине, после получения информированного согласия, назначает введение иммуноглобулина человека антирезус Rho (D) внутримышечно 250 микрограмм или 1250 МЕ в течение 72 часов; при обнаружении в крови беременной резус-антител, акушер-гинеколог

обеспечивает обязательное наблюдение ее как иммунизированной и назначает определение титра антиэритроцитарных антител у изоиммунизированной беременной с динамическим контролем в течение всей беременности, проведением УЗИ плода, доплерометрии с измерением скорости кровотока в среднемозговой артерии плода; ведение изоиммунизированной беременной согласно рекомендациям клинического протокола диагностики и лечения «Изосерологическая несовместимость крови матери и плода;

9) организации, в случае необходимости, консультирования беременных женщин и гинекологических больных руководителем медицинской организации, заведующим отделением и врачами профильных специальностей МО;

10) определения медицинских показаний для направления беременных женщин в дневные стационары, отделения патологии беременности МО оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях, профильные МО с экстрагенитальной патологией, с соблюдением принципов регионализации перинатальной помощи;

11) направления беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных через портал Бюро госпитализации для получения плановой специализированной помощи с медицинским наблюдением, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг (далее – ВТМУ) в МО республиканского уровня:

при наличии доминирующих экстрагенитальных заболеваний обеспечивает госпитализацию беременных:

до срока 36 недель 6 дней беременности осуществляется в специализированные профильные стационары или отделения многопрофильных больниц;

с 37 недель беременности в МО, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях; беременные с акушерскими осложнениями направляются в отделение патологии беременности в МО, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях, с учетом принципов регионализации перинатальной помощи;

12) проведения дородового обучения беременных по подготовке к родам, в том числе к партнерским родам и по подготовке семьи к рождению ребенка, информирование беременных о тревожных признаках, об эффективных перинатальных технологиях, принципах безопасного материнства, грудного вскармливания и перинатального ухода;

13) проведения экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям; выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-198/2020 «Об утверждении правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21660).

Беременным, обучающимся в организациях образования, для освобождения от занятий, выдается справка о временной нетрудоспособности по форме № 027/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020.

Проведение экспертизы временной нетрудоспособности с целью официального признания нетрудоспособности беременной женщины и ее временного освобождения от выполнения трудовых обязанностей на период заболевания проводится в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс);

14) определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода беременной по состоянию здоровья на легкую и не связанную с профессиональными вредностями работу проводится врачебно-консультативной комиссией. Для перевода беременной на легкую и не связанную с профессиональными вредностями работу врачебно-консультативной комиссией выдается врачебное заключение о переводе беременной на другую работу по форме № 074/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020.

Беременным студентам, военнослужащим для освобождения от занятий физической культуры врачебно-консультативной комиссией выдается справка по форме № 026/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020;

15) организации ежедневного приема беременных женщин и гинекологических больных каждым врачом акушерско-гинекологического участка;

16) предоставление психологической, юридической помощи беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным;

17) проведения мероприятий в области информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, подготовке к материнству, грудному вскармливанию, планированию семьи, профилактике аборт и инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции и социально-значимых заболеваний;

18) консультирования и оказания услуг по вопросам планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья;

19) профилактики и выявления инфекций, передаваемых половым путем (далее – ИППП) для направления к профильным специалистам;

20) внедрения в практику современных безопасных диагностических и лечебных технологий, мер профилактики и реабилитации больных с учетом принципов доказательной медицины;

21) выполнения санитарно-противоэпидемических (санитарнопрофилактических) мероприятий для обеспечения безопасности персонала и пациентов, предотвращения распространения инфекции;

22) проведения образовательной работы с населением, врачами и акушерками в следующих формах: индивидуальные и групповые беседы, лекции, витражи, публикации в печатных и электронных средствах массовой информации (телевидение, радио и интернет). Проведение образовательной работы осуществляется совместно с центрами формирования здорового образа жизни. Учет проделанной работы ведется в журнале учета мероприятий формирования здорового образа жизни по форме № 030/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020;

23) взаимодействия с медицинскими организациями всех регионов, страховыми медицинскими компаниями, негосударственными организациями и региональными филиалами ФОМС;

24) организации ведения учетной и отчетной документации, предоставления отчетов о деятельности в установленном порядке, сбора данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством; проведения анализа показателей работы акушерско-гинекологического участка (кабинета), подразделений, статистического учета, оценки эффективности и качества медицинской помощи;

25) соблюдения требований приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ-96/2020 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной

регистрации нормативных правовых актов под № 21080).»; пункт 24 изложить в следующей редакции:

«24. Организация пренатального скрининга, направленного на раннее выявление и диагностику хромосомной патологии и ВПР плода для предупреждения рождения детей с тяжелыми летальными, не поддающимися лечению и коррекции генетическими, хромосомными и анатомические нарушениями осуществляет:

1) пренатальное обследование, включающее проведение: массового ультразвукового скрининга беременных женщин; анализа МСМ для комбинированного теста первого триместра;

медико-генетического консультирование;

ИПД хромосомной и моногенной патологии плода (ИПД для исключения хромосомной и моногенной патологии плода); проведение пренатального консилиума;

мониторинга эффективности пренатального скрининга;

предоставления отчетных данных в уполномоченный орган по случаям рождения детей с хромосомной патологией и ВПР;

2) мероприятия первого этапа пренатального скрининга включают: сбор анамнеза;

обеспечение проведения ультразвукового скрининга плода первого, второго и третьего триместров в определенные сроки беременности; направление на анализ крови МСМ первого триместра;

формирование группы беременных женщин с факторами «риска» по врожденной и наследственной патологии и направление данной группы на второй этап пренатального скрининга;

3) на первом этапе пренатального скрининга врач по специальности «Акушерство и гинекология» или «Общая медицина» на первичном приеме беременных женщин:

проводит сбор анамнеза, формирование группы беременных женщин с факторами «риска» по врожденной и наследственной патологии. Беременные женщины с факторами «риска» по врожденной и наследственной патологии непосредственно направляются к врачу по специальности «Медицинская генетика» (без ультразвукового скрининга и анализа МСМ) по следующим показаниям: возраст беременной женщины 37 лет и старше, наличие в анамнезе случаев прерывания беременности по генетическим показаниям и (или) рождения ребенка с ВПР или хромосомной патологией, наличие в анамнезе случаев рождения ребенка (или наличие родственников) с моногенным наследственным заболеванием, наличие семейного носительства хромосомной или генной мутации, наличие в анамнезе случаев мертворождения, привычного невынашивания, смерти одного и более ребенка с неясным и не установленным диагнозом, сцепленным с полом; направляет на ультразвуковой скрининг в первом, втором и третьем

триместрах беременности; направляет на анализ МСМ с расчетом индивидуального генетического риска хромосомной патологии плода;

4) на первом этапе пренатального скрининга врач по специальности «Акушерство и гинекология» или «Общая медицина» при повторной явке беременной женщины с результатами пренатального скрининга направляет ее на консультацию к врачу по специальности «Медицинская генетика» по следующим критериям:

обнаружение ультразвуковых маркеров хромосомной патологии и (или) выявление анатомических аномалий развития плода при проведении ультразвукового скрининга первого, второго и третьего триместров; выявление высокого индивидуального генетического риска хромосомной патологии плода (1:150 и выше) после проведения комбинированного теста первого триместра; наличие возрастного фактора женщины 37 лет;

5) на первом этапе беременные женщины после ультразвукового скрининга первого триместра (не позднее 1-3 календарных дней) направляются на анализ МСМ при комбинированном тесте первого триместра в сроки с 11 недель 0 дней по 13 недель 6 дней беременности с первого дня последней менструации;

6) забор, маркировка и доставка образца крови беременной женщины в медицинские организации, осуществляющих анализ МСМ и расчет комбинированного риска, осуществляется по алгоритму забора, маркировки, доставки образца крови беременной женщины согласно приложению 3 к настоящим Стандартам;

7) сыворотка крови или сухие пятна крови беременных женщин направляются организациями здравоохранения, проводившими первый этап пренатального скрининга, на второй этап пренатального скрининга в срок не позднее 36 часов после забора крови.

Анализ МСМ из сыворотки крови или сухих пятен крови и расчет комбинированного риска выполняется в МО, имеющих лицензию на медицинскую деятельность по подвиду «Лабораторная диагностика»;

8) обследование беременных женщин на первом этапе пренатального скрининга включает трехкратный ультразвуковой скрининг, результаты которого заполняются в утвержденные формы (вкладные листы «Протокол ультразвукового исследования в первом триместре беременности» и «Протокол ультразвукового исследования во втором и третьем триместрах беременности» к медицинским картам, утвержденным приказом № ҚР ДСМ-175/2020, врачами по специальности «Лучевая диагностика» (ультразвуковая диагностика), прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового ультразвукового исследования при беременности) в следующие сроки беременности:

с 11 недель по 13 недель 6 дней беременности;

с 19 недель по 21 недели 0 дней беременности;

с 30 недель по 32 недели 0 дней беременности;

9) при выявлении ультразвуковых маркеров хромосомной патологии и (или) ВПР плода при проведении ультразвукового скрининга на первом этапе пренатального скрининга беременная женщина направляется на второй этап пренатального скрининга в региональный «Центр охраны плода», с целью определения показаний для повторного проведения ультразвукового исследования плода, расширенной эхокардиографии, нейросонографии плода, и (или) проведения ИПД и (или) проведения мультидисциплинарного пренатального консилиума с целью решения вопроса о целесообразности пролонгирования беременности.

В данном случае допускается проведение консультации с использованием дистанционных медицинских услуг, врачом по специальности «Медицинская генетика», профильными узкими специалистами и (или) дистанционного мультидисциплинарного пренатального консилиума субъектов (объектов) здравоохранения, оказывающих услуги родовспоможения, на областном уровне;

10) информация о прохождении и результатах ультразвукового скрининга первого, второго, третьего триместров и комбинированного теста первого триместра вносится врачом по специальности «Акушерство и гинекология» или

«Общая медицина» или средним медицинским работником по специальности «Акушерское дело» в информационную подсистему «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» электронного портала «Регистр прикрепленного населения»;

11) мероприятия пренатального скрининга на втором этапе включают: медико-генетическое консультирование беременных женщин группы «риска» по рождению детей с врожденными и наследственными заболеваниями; проведение подтверждающего ультразвукового исследования консилиумом врачей, не менее трех по специальности «Лучевая диагностика» и

«Медицинская генетика»; анализ МСМ для комбинированного

теста первого триместра; проведение ИПД по показаниям;

проведение цитогенетического, молекулярно-цитогенетического и (или) молекулярно-генетического исследования плодового материала;

проведение пренатального консилиума; заполнение

учетных и отчетных форм;

мониторинг эффективности пренатального скрининга на основании данных выходных форм системы «Регистр беременных и женщин фертильного возраста».

12) Расчет индивидуального генетического риска при комбинированном тесте первого триместра основан на:

измерении ультразвуковых маркеров (толщина воротникового

пространства, длина носовых костей, копчико-теменного размера); анализе МСМ (связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРРА) и свободная b-единица хорионического гонадотропина (b-ХГЧ) с использованием максимального числа величин отношений правдоподобия (популяционные отличия, вес и этническая принадлежность матери, курение, наличие сахарного диабета, многоплодие, применение вспомогательных репродуктивных технологий);

13) на втором этапе пренатального скрининга при проведении комбинированного теста первого триместра и выявлении высокого индивидуального генетического риска хромосомной патологии у беременной женщины (1:150 и выше) врачом по специальности «Акушерство и гинекология» назначается консультация врача по специальности «Медицинская генетика» для решения вопроса о проведении ИПД;

14) после ИПД при выявлении хромосомных или моногенных наследственных заболеваний плода результат ИПД вносится врачом по специальности «Акушерство и гинекология» или «Общая медицина» или средним медицинским работником по специальности «Акушерское дело» в информационную подсистему «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» электронного портала «Регистр прикрепленного населения»;

15) при наличии ВПР плода врачи по специальности «Акушерство и гинекология» и «Медицинская генетика» направляет беременную женщину на проведение пренатального консилиума в любые сроки беременности;

16) В зависимости от заключения пренатального консилиума беременная женщина направляется:

на прерывание беременности по генетическим показаниям и при тяжелых ВПР плода с патологоанатомической верификацией диагноза; на пролонгирование беременности с рекомендациями о сроке, методе, и месте родоразрешения и последующей тактике ведения новорожденного.»;

пункт 29 изложить в следующей редакции:

«29. Индивидуальная карта беременной и родильницы по форме № 077/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020, ведется в бумажном и/или в электронном формате, в медицинской информационной системе (далее – МИС) врачом акушером-гинекологом, врачом общей практики (далее – ВОП) или средним медицинским работником.»; пункт 31 изложить в следующей редакции:

«31. Патронажи беременных и родильниц осуществляются участковыми терапевтами, педиатрами, ВОП, акушерками и медицинскими сестрами и (или) братьями.

При патронажном посещении беременной женщины медицинский работник:

1) выясняет у беременной женщины наличие или отсутствие жалоб, измеряет артериальное давление, осматривает на наличие отеков и признаков анемии;

2) оценивает настроение (наличие депрессии), безопасность домашней обстановки и условий жизни, гигиену помещения и личную гигиену, факторы риска беременности;

3) информирует о физических и психических изменениях, связанных с беременностью, о вредных последствиях стресса при беременности, курения и употребления наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;

4) дает рекомендации по сбалансированному питанию, контролю веса, физической активности, соблюдению гигиены полости рта, соблюдению личной гигиены;

5) информирует беременную женщину и ее семью о тревожных признаках беременности, когда необходимо немедленно обратиться к врачу;

б) консультирует по вопросам подготовке к родам, как подготовить комнату, место, предметы ухода и одежду для новорожденного, основному уходу за новорожденным, значению исключительно грудного вскармливания и технике грудного вскармливания.»; пункты 34, 35 изложить в следующей редакции:

«34. При смене беременной места жительства дальнейшее наблюдение осуществляется врачом, фельдшером или акушеркой/акушером по месту фактического проживания. Запись об отъезде беременной фиксируется в медицинской документации (форма № 077/у и форма № 048/у). Передача сведений о переезде беременной осуществляется в местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы, регионов и в медицинских организациях по месту прибытия беременной телефонограммой и на электронную почту с указанием точных паспортных данных, индивидуального идентификационного номера, адреса прибытия, контактов беременной и ее родственников.

МО по адресу, куда переехала беременная женщина, обеспечивает ее временное прикрепление, осуществляет постановку на учет по беременности на любом сроке беременности и предоставляет медицинскую помощь в полном объеме.

35. В сроке беременности 30 недель врач акушер-гинеколог обеспечивает комплекс обязательного повторного обследования: общий анализ крови, ЭКГ, серологическое обследование на сифилис (забор крови на реакцию Вассермана), обследование на наличие ВИЧ-инфекции повторно беременным в сроке 28-30 недель беременности с предварительным дотестовым консультированием и получением информированного согласия на тестирование, согласно приказу № ҚР ДСМ-211/2020, общий анализ мочи, микроскопическое исследование материала из влагалища на степень чистоты (при наличии показаний), консультацию терапевта, направляет беременную на ультразвуковой скрининг третьего триместра с 30 недель по 32 недели 6 дней беременности.»; пункт 41 исключить; пункт 55 изложить в следующей редакции:

«55. Ежегодное обследование ЖФВ участковым врачом акушер-гинекологом, ВОП, терапевтом проводится для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия на диспансерный учет согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2020 года № ҚР ДСМ-149/2020 «Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21513) (далее – приказ № ҚР ДСМ-149/2020).

Оказание медицинской помощи ЖФВ осуществляется по алгоритму:

1) ежегодно 1 января на основании данных регистра прикрепленного населения и регистра диспансерных больных в организациях здравоохранения ПМСП терапевтами, ВОП формируются списки ЖФВ участка;

2) медицинская сестра участка приглашает на прием к ВОП, терапевту ЖФВ с сохраненной репродуктивной функцией. Все ЖФВ, впервые обратившиеся к любому специалисту ПМСП направляются к участковым терапевтам, ВОП и акушер-гинекологам;

3) участковым терапевтом, ВОП, акушер-гинекологом ежегодно проводится обследование ЖФВ (сбор анамнеза, объективный и гинекологический осмотр, осмотр молочных желез и области щитовидной железы, определяется соотношение массы тела к росту, назначается микрореакция, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, электрокардиограмма, флюорография). При наличии показаний назначаются дополнительные обследования и консультаций профильных специалистов для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия на диспансерный учет;

4) оказание медицинской помощи ЖФВ с хроническими заболеваниями осуществляется в организациях ПМСП и консультативно-диагностической помощи в соответствии с требованиями приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 сентября 2020 года № ҚР ДСМ-109/2020 «Об утверждении перечня хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21262);

5) предотвращение осложнений, обострений заболевания и осуществление медицинской реабилитации женщинам с хроническими заболеваниями медицинская помощь оказывается путем динамического наблюдения в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

6) порядок организации оказания медицинской помощи ЖФВ с хроническими заболеваниями осуществляется в соответствии с приказом № ҚР ДСМ-149/2020;

7) ЖФВ с хроническими и вновь выявленными заболеваниями медицинскую помощь оказывают специалисты ПМСП: участковые ВОП, терапевты, средние медицинские работники (участковая медицинская сестра или фельдшер), при наличии показаний привлекаются профильные специалисты, социальные работники в области здравоохранения, психологи и специалисты кабинетов здорового образа жизни;

8) участковые терапевты, ВОП и акушер-гинекологи по результатам обязательного обследования каждую женщину определяют к одной из групп динамического наблюдения ЖФВ, согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту;

9) приглашение на обследование, патронаж ЖФВ осуществляется медицинскими работниками ПМСП (участковыми терапевтами, ВОП, фельдшерами, акушерками, медицинскими сестрами). Консультирование о необходимости и методах планирования семьи осуществляется всеми медицинскими работниками ПМСП (в том числе профильными специалистами);

10) медицинская документация амбулаторного пациента ведется согласно формы № 052/у, утвержденной приказом № КР ДСМ-175/2020. Медицинские карты амбулаторных пациентов маркируются в правом верхнем углу титульного листа с указанием одной из подгрупп ЖФВ динамического наблюдения 1А (1Б), 2А (2Б, 2В), 3А (3Б), 4А (4Б) и 5 группы социального риска, согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту;

11) ЖФВ 2, 3, 4, 5 групп динамического наблюдения согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту с впервые выявленными заболеваниями регистрируются для обеспечения диспансерного наблюдения и лечения. Наблюдение их осуществляется участковым врачом терапевтом, ВОП и акушер-гинекологом, согласно стандартам в области здравоохранения, утвержденным в соответствии с подпунктом 32) статьи 7 Кодекса и клиническим протоколам диагностики и лечения, в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2020 года № КР ДСМ188/2020 «Об утверждении правил разработки и пересмотра клинических протоколов» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21637);

12) на уровне ПМСП, амбулаторно-поликлинической помощи (далее – АПП) тактика ведения групп динамического наблюдения ЖФВ осуществляется согласно приложению 3-2 к настоящему Стандарту;

13) ЖФВ подгрупп динамического наблюдения 1А, 2А, 3А, 4А согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту, включаются в группу активного наблюдения, согласно приложению 3-2 к настоящему Стандарту;

14) участковые терапевты, ВОП и акушер-гинекологи выявляют женщин, имеющих экстрагенитальные и гинекологические заболевания и назначают лечение до достижения результата выздоровления или стойкой ремиссии, в соответствии с рекомендациями клинических протоколов

диагностики и лечения, обеспечивают прегравидарную подготовку за 6 месяцев до планируемой беременности с целью улучшения исходов беременности и родов для матери и ребенка;

15) прегравидарная подготовка женщин включает:
подробный сбор анамнеза, в том числе эпидемиологического анамнеза; осмотр терапевта, врача общей практики, стоматолога, акушера-гинеколога, офтальмолога; общий клинический анализ крови, общий анализ мочи; биохимические анализы крови; обследование на RW (реакция Вассермана), ВИЧ-инфекция с предварительным дотестовым консультированием и получением информированного согласия;

ЭКГ;

УЗИ органов малого таза, почек по показаниям;

мазок на степень чистоты, обследование на инфекции передаваемые половым путем по показаниям; медико-генетическое консультирование при наличии показаний; другие дополнительные обследования и консультации профильных специалистов по показаниям;

лечение выявленных и имеющихся экстрагенитальных и гинекологических заболеваний для достижения результата выздоровления или стойкой ремиссии за 3 (три) месяца до наступления беременности; за 3 (три) месяца до планируемой беременности обоим супругам и женщине в течение первых 3 (трех) месяцев беременности назначение фолиевой кислоты по 0,4 миллиграмм в день;

рекомендация обоим супругам соблюдение режима дня и питания, полноценный отдых и сон, прогулки на свежем воздухе, занятия физическими упражнениями, исключение вредных привычек, профессиональных вредностей.

16) ЖФВ подгруппы динамического наблюдения 1Б, 2Б, 2В, 4Б и 5 группы динамического наблюдения согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту, при наличии показаний участковыми терапевтами и ВОП направляются к профильным специалистам для определения статуса болезни и к акушер-гинекологам для консультирования и обеспечения эффективным методом контрацепции, согласно приложению 3-2 к настоящему Стандарту;

17) ЖФВ подгруппы динамического наблюдения 2В и 5 группы динамического наблюдения согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту, находятся под строгим диспансерным наблюдением участкового терапевта, ВОП и акушер-гинеколога;

18) ЖФВ с экстрагенитальными заболеваниями, которые являются медицинскими противопоказаниями к вынашиванию беременности подгруппы 2В динамического наблюдения согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту осматриваются заведующим терапевтического отделения или центра семейного здоровья 1 раз в 6 месяца, направляются на ВКК 1 раз в календарный год;

19) участковые терапевты, ВОП формируют списки беременных женщин с экстрагенитальными заболеваниями, являющимися противопоказаниями к вынашиванию беременности, согласно приложению 3-3 к настоящему Стандарту;

20) информация о ЖФВ подгруппы 2В динамического наблюдения согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту в виде списков (посредством медицинских информационных систем) передается 1 раз в квартал врачам акушер-гинекологам с целью контроля охвата контрацепцией;

21) участковые терапевты, ВОП совместно с социальными работниками ведут учет ЖФВ, находящихся в трудной жизненной ситуации и вносят их в журнал учета женщин группы 5, социального риска ЖФВ, согласно приложению 3-4 к настоящему Стандарту;

22) участковым терапевтом, ВОП информация о выявленных женщинах группы 5 динамического наблюдения согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту, передается 1 раз в квартал акушер-гинекологам в виде списков (посредством медицинских информационных систем) с целью контроля охвата их контрацепцией;

23) участковые терапевты, ВОП передают акушер-гинекологам к десятому числу следующего месяца, списки ЖФВ:

с экстрагенитальной патологией, являющейся противопоказаниями к вынашиванию беременности (фамилия, имя, отчество (при его наличии) женщины, год рождения, место проживания, контактный телефон, клинический диагноз, дата и заключение ВКК),

из группы социального риска - (фамилия, имя, отчество (при его наличии) женщины, год рождения, место проживания, контактный телефон);

24) акушер-гинекологи передают участковым терапевтам, ВОП, к десятому числу следующего месяца, информацию о женщинах, взятых на учет по беременности для своевременного обследования, выявления и лечения экстрагенитальных заболеваний, список родоразрешенных женщин в отчетном периоде;

25) результаты проведенных медицинских осмотров и обследования ЖФВ согласно группам динамического наблюдения, вносятся в МИС врачом организации и профильным специалистом ПМСП;

26) список беременных с экстрагенитальными заболеваниями, являющимися противопоказаниями к вынашиванию беременности, в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 октября 2020 года № ҚР ДСМ-122/2020 «Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности и перечня медицинских и социальных показаний, а также противопоказаний для проведения искусственного прерывания беременности» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21412) (далее – приказ № ҚР

ДСМ-122/2020), состоящих на учете в медицинской организации ПМСП формируются на конец отчетного периода;

27) анализ работы по динамическому наблюдению ЖФВ, оздоровлению или достижению стойкой ремиссии экстрагенитальных заболеваний, охвату контрацепцией проводится ежеквартально заведующими отделений участковой службы, заместителями руководителей организаций ПМСП, внутренним аудитом с предоставлением информации в управления здравоохранения областей, городов республиканского значения и столицы;

28) контроль деятельности по динамическому наблюдению ЖФВ осуществляют руководители медицинских организаций, оказывающих ПМСП, отчет о динамическом наблюдении ЖФВ составляется согласно приложению 3-5 к настоящему Стандарту.»; пункты 69, 70

изложить в следующей редакции:

«69. Организационно-методическую помощь акушерско-гинекологической службе района осуществляет организация, оказывающая акушерско-гинекологическую помощи областного уровня (перинатальный центр или акушерское отделение областной многопрофильной больницы), в которой непосредственное участие принимают главные штатные и внештатные специалисты управления здравоохранения городов и областей.

Организационно-методическая помощь проводится по следующим направлениям:

анализ показателей состояния здоровья матери и новорожденного и деятельности лечебно-профилактических учреждений; мероприятия по совершенствованию охраны репродуктивного здоровья; организация и проведение конференции, семинаров; повышение квалификации врачей специалистов и подготовки кадров; организация оказания выездной практической и консультативной помощи родовспомогательным учреждениям; внедрение доказательных технологий в практику здравоохранения; организация образовательной работы среди населения; аналитическая работа, изучение динамики показателей; организация системы медицинского учета и отчетности; разработка перспективных и текущих планов; проведение целевых проверок и экспертиз.

70. Врач по специальности «Медицинская генетика» обеспечивает:

1) консультирование по вопросам прогноза здорового потомства, рождения ребенка с ВПР и наследственными заболеваниями;

2) предоставление рекомендаций по прегравидарной подготовке, пренатальному скринингу, инвазивной пренатальной диагностике. По медицинским показаниям и при наличии информированного согласия беременной, применяются инвазивные методы пренатальной диагностики;

3) определение у беременной группы риска по развитию хромосомной и наследственной патологии у плода по результатам обследования;

4) участие в пренатальном консилиуме совместно с профильными специалистами для установления заключения состояния внутриутробного плода, прогноза развития и дальнейшей жизни новорожденного, определения тактики дальнейшего ведения беременности, срока и места родоразрешения.»; пункт 72 изложить в следующей редакции:

«72. Участковые терапевты и ВОП организации здравоохранения, оказывающие ПМСП, осуществляют:

1) ежегодное обследование ЖФВ для своевременного выявления экстрагенитальной патологии и взятия на диспансерный учет;

2) динамическое наблюдение ЖФВ с наличием хронических экстрагенитальных заболеваний в соответствии с Правилами организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований, утвержденными приказом № ҚР ДСМ-149/2020;

3) консультирование, в том числе информационную работу по вопросам охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи;

4) организацию охвата контрацепцией групп ЖФВ с хроническими экстрагенитальными заболеваниями;

5) информационную работу с подростками по вопросам охраны репродуктивного здоровья, планированию семьи, профилактике ранней половой жизни и нежелательной беременности, контрацепции;

6) проведение прегравидарной подготовки при планировании беременности;

7) своевременное выявление беременности до 10 недель и обеспечение ранней постановки на учет беременных, в день обращения в медицинскую организацию, без учета наличия статуса застрахованности;

8) проведение обязательных осмотров беременных в сроках 12 недель (или при первой явке) и в 30-32 недели беременности, а также по показаниям;

9) тщательный сбора анамнеза и выявление острых и хронических экстрагенитальных заболеваний;

10) назначение и контроль результатов флюорографии до беременности и после родов;

11) ведение беременных женщин с физиологическим (неосложненным) течением беременности, при отсутствии врача акушер-гинеколога ведение беременности с патологическим (осложненным течением);

12) консультирование беременных женщин и кормящих грудью матерей по вопросам преимущества исключительно грудного вскармливания (с рождения до 6 месяцев) и продолжительного грудного вскармливания до достижения ребенком возраста не менее двух лет;

13) проведение обязательных осмотров родильниц на десятые и тридцатые сутки после родов, а также по показаниям;

14) проведение патронажных посещений женщин на дому в период беременности и после родов по показаниям;

15) проведение реабилитационных мероприятий женщинам с осложненными родами, самопроизвольным прерыванием беременности; после гинекологических оперативных вмешательств;

16) осуществление преемственности с акушерско-гинекологической, педиатрической и профильными службами;

17) профилактические и скрининговые осмотры женского населения;

18) осмотр диспансерных гинекологических больных не реже 1 раза в год;

19) проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению населения по профилактике заболеваний и укреплению репродуктивного здоровья, формированию здорового образа жизни.»; пункт 81 изложить в следующей редакции:

«81. Медицинская помощь в стационарных условиях во время беременности, в родах, в послеродовом периоде и новорожденным предоставляется в медицинских организациях независимо от форм собственности или их соответствующих структурных подразделениях, имеющих круглосуточное медицинское наблюдение в рамках ГОБМП и в системе ОСМС в городских родильных домах, перинатальных центрах, акушерских отделениях многопрофильных и районных больниц. Женщинам с заболеваниями репродуктивных органов в отделениях гинекологии многопрофильных больниц и в хирургических отделениях районных больниц, имеющих гинекологические койки.

Перинатальный центр (акушерское отделение многопрофильной больницы) создается в областных центрах и осуществляет следующие функции:

1) оказывает консультативно-диагностическую помощь беременным с факторами риска для выбора тактики ведения беременности, родов, а также определение уровня оказания медицинской помощи;

2) осуществляет стационарную акушерско-гинекологическую, неонатологическую помощь, предназначен для госпитализации беременных, рожениц и родильниц с риском реализации перинатальной патологии, преждевременными родами при сроке гестации с 22 недели, могут быть также госпитализированы женщины с осложненной беременностью и родами;

3) оказывает все виды медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и больным новорожденным, нуждающихся в специализированной акушерской и неонатальной помощи, в том числе недоношенным новорожденным с массой тела 1500,0 грамм и менее, переведенных из организации более низкого уровня;

4) осуществляет хирургическую коррекцию врожденных аномалий развития у новорожденных (при наличии ресурсов).»;

пункт 86 изложить в следующей редакции:

«86. В случае выявления беременности у подростков врачом стационара обеспечивается комиссионный осмотр несовершеннолетней беременной врачами акушер-гинекологами и психологами при согласии родителей и (или) законных представителей несовершеннолетних (опекунов) для решения дальнейшего ведения. Согласие на оказание медицинской помощи в отношении несовершеннолетних дают их законные представители в соответствии со статьей 137 Кодекса.»; пункт 90 изложить в следующей

редакции:

«90. Прием и регистрация пациенток в приемном отделении организации здравоохранения на получение плановой госпитализации осуществляется в рабочее время согласно утвержденному графику работы организации, в течение 60-ти минут с момента обращения. Экстренная медицинская помощь оказывается круглосуточно.

При поступлении в стационар беременная, роженица и родильница предъявляет документ, удостоверяющий личность и обменно-уведомительную карту (Форма – 048/у «Обменная карта беременной и родильницы», утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020), направление на госпитализацию (если имеется) с указанием диагноза. В случае поступления пациентки по скорой помощи, то к вышеуказанным документам прилагается сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи (Форма-088/у «Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи», утвержденной приказом № ҚР ДСМ175/2020).

Прием беременных женщин, рожениц и родильниц в профильный стационар, и время пребывания в приемном отделении пациенток устанавливаются после осмотра врачом приемного отделения.

Врач или акушерка приемного отделения собирает анамнез, включая эпидемиологический анамнез, проводит оценку общего состояния женщины, объективный осмотр, измерение температуры тела, веса, роста, пульса, артериального давления на обеих руках и определение акушерского статуса. Беременную или роженицу укладывают на кушетку, покрытую чистой подкладной, измеряют окружность живота, высоту стояния дна матки, определяют положение и предлежание плода, выслушивают и подсчитывают сердцебиение плода (число ударов в 1 минуту), определяют предполагаемую массу плода. Осмотр на зеркалах проводят всем поступающим пациенткам, а вагинальные исследования - по показаниям. Осуществляются смена одежды (женщина остается в своей чистой личной одежде и обуви), информирование женщин о применяемых эффективных технологиях ведения родов, перинатального ухода, о возможности проведения партнерских родов и грудного вскармливания.

На каждую пациентку в приемном отделении оформляют медицинскую документацию в электронном и/или бумажном формате: историю болезни/ родов (Форма-001/у «Медицинская карта стационарного пациента» утвержденной

приказом № ҚР ДСМ-175/2020), производят соответствующую запись в журнале учета приема беременных, рожениц и родильниц.

Из приемного отделения в сопровождении медицинского персонала женщина переводится в родовой блок или отделение патологии беременных, при наличии показаний ее транспортируют на каталке в сопровождении врача или акушерки.

При переводе в родильную палату у роженицы берут в пробирку 5-7 миллилитр крови из вены для определения группы крови и резус принадлежность, пробирку подписывают (с указанием фамилии, имени и отчества роженицы, возраста, отделения, номера истории родов, даты и времени забора крови). Пробирку хранят в холодильнике родильного отделения в течение родов и раннего послеродового периода.

В случае обнаружения у беременной или роженицы заболеваний, представляющих эпидемиологическую опасность госпитализация проводится в изолированную/индивидуальную палату. При необходимости в приемном отделении организовывается консилиум.»; пункт 93 изложить в следующей редакции:

«93. Врач акушер-гинеколог осматривает пациента, поступившего для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, прописывает необходимое пациенту лечение и осведомляет его о назначенных лечебнодиагностических мероприятиях.

Каждая беременная женщина с регулярной родовой деятельностью (роженицы) госпитализируется в отдельную индивидуальную родильную палату, которая оснащена жидким мылом, антисептиком, одноразовым полотенцем, наглядным настенным пособием по технике мытья рук, ковриком, мячом, шведской стенкой и функциональной кроватью. Для оказания психологической поддержки беременной на роды каждой женщины допускается партнер (член семьи или близкий человек), без клинических проявлений острых инфекционных заболеваний, в чистой одежде и сменной обуви. Дети до 18 лет в родильное отделение не допускаются.

С началом родовой деятельности в родильной палате акушеркой заполняются лист наблюдения и партограмма в реальном режиме, в бумажном формате. Беременной предоставляется возможность свободного выбора положения в родах и рожать в том положении, в котором она желает (сидя, стоя, лежа на боку, лежа на спине). В родильном отделении применение медикаментов в родах, а также медикаментозное обезболивание, фетальный мониторинг, вагинальные исследования, родостимуляция и родовозбуждение проводятся строго по показаниям, комиссионно. Роды каждой роженицы ведутся в отдельной индивидуальной палате, выжидательно, потуги регулируются самой беременной.

После рождения акушерка на браслетах и медальоне ребенка указывает фамилию, имя, отчество, номер истории родов матери, пол, массу, рост, время и

дату рождения. Ребенка одевает в домашнюю чистую одежду (распашонка, ползунки, шапочка, носочки), накрывает теплым одеялом и укладывает рядом с матерью для совместного пребывания. В раннем послеродовом периоде динамическое наблюдение за родильницами и новорожденными осуществляется акушеркой и детской медицинской сестрой.

Оснащение индивидуальной родовой палаты обеспечивается согласно приложению 3-6 к настоящему Стандарту.»; пункт 100 изложить в следующей редакции:

«100. Женщины с постабортными и послеродовыми осложнениями госпитализируются в гинекологические отделения и (или) койки многопрофильных больниц, в хирургических отделениях районных больниц, имеющих гинекологические койки.»; пункт 132 изложить в следующей редакции:

«132. В случае возникновения критических ситуаций у женщин следует соблюдать следующую схему оповещения:

1) в стационаре лечащий врач, заведующий отделением, ответственный дежурный врач:

вызывает врача отделения реанимации и интенсивной терапии (если имеется), который прибывает на место в течение 2-5 минут (при наличии круглосуточного поста), при дежурстве на дому в течение 20-30 минут; в течение 10 минут сообщает заместителю главного врача по лечебной работе о находящемся пациенте в критическом состоянии; оказывает объем медицинской помощи в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения; своевременно заполняет и направляет в республиканские центры, курирующие вопросы родовспоможения и детства Карту беременной (роженицы, родильницы), находящейся в критическом состоянии согласно приложению 6 к настоящему Стандарту;

2) заместитель главного врача:

незамедлительно сообщает о создавшейся ситуации главному врачу; создает консилиум в течение 20-30 минут;

в течение 30 минут оповещает местные органы управления здравоохранения; при необходимости вызывает мобильную бригаду медицинской авиации (далее – МБМА); обеспечивает необходимыми лекарственными средствами, медицинскими изделиями, кровью и ее компонентами для обеспечения лечения критического состояния пациентов;

3) местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы:

составляют региональную персонифицированную (с указанием всех участников) схему оповещения при критических состояниях женщин; своевременно оповещают о критических случаях республиканские центры, курирующие вопросы родовспоможения и детства; осуществляют мониторинг критического случая каждые 3 часа до

стабилизации состояния пациента;

обеспечивают МО лекарственными средствами, кровью и ее компонентами, и медицинским оборудованием первой необходимости; обеспечивают своевременное проведение дистанционных медицинских услуг;

координируют транспортировку женщин и новорожденных в передвижные медицинские комплексы; обеспечивают полную готовность санитарного транспорта к оказанию неотложной помощи при транспортировке тяжелых больных, оснащение их в соответствии с регионализацией перинатальной помощи; координируют и обеспечивают в круглосуточном режиме деятельность

областной медицинской авиации; предоставляют информацию об основных проблемах региона на разбор случаев материнской смертности, по принятию неотложных мер по снижению материнской и младенческой смертности;

4) МО республиканского уровня (научные и национальные центры, научно-исследовательские институты, республиканские клиники и центры) обеспечивают:

оказание дистанционных медицинских услуг и направление квалифицированных специалистов для оказания медицинской помощи в форме медицинской авиации в течение первых суток после поступления вызова; беспрепятственную госпитализацию женщин (беременных, рожениц, родильниц), переведенных из организаций более низкого уровня и нуждающихся в оказании специализированной помощи на республиканском уровне; высокотехнологичную медицинскую помощь (далее – ВТМП); готовность стационара к госпитализации больных в критическом состоянии;

5) республиканские центры курирующие вопросы родовспоможения и детства:

осуществляют ежедневный мониторинг критических случаев беременных, рожениц, родильниц и новорожденных; в оперативном порядке осуществляют регистрацию, поступивших карт учета критических состояний; ежедневно направляют сведения о критических состояниях в организацию, определяемой уполномоченным органом; представляют анализ ситуации по регионам ежемесячно к 5 числу, следующим за отчетным в уполномоченный орган.»; пункт

142 изложить в следующей редакции:

«142. Штаты организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь населению, за исключением организаций, являющихся государственными предприятиями на праве хозяйственного ведения, устанавливаются в соответствии со штатными нормативами, утвержденным

приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-205/2020 «Об утверждении минимальных нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21679). Штатные единицы родовспомогательных организаций (родильного дома, перинатального центра, акушерского отделения многопрофильных и районных больниц) формируются согласно приложению 9 к настоящему Стандарту.»;

дополнить пунктом 145 следующего содержания:

«145. Структурные отделения организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь формируются согласно приложению 10 к настоящему Стандарту.»; дополнить приложениями 3-1, 3-2, 3-3, 3-4, 3-5, 3-6, 9 и 10 согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8 к настоящему приказу.

2. Департаменту охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридический Департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

**Министр здравоохранения
Республики Казахстан**

А. Гиният

Номер и дата гос. регистрации: 31021 08.12.2022 12:54